

ANNÉE 1931

N^o

THÈSE

255

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Manuel-Desiderio PASTORIZA

*Né à Santiago de los Caballeros (République Dominicaine)
le 2 Septembre 1901*

**Le tremblement
des globes oculaires
dans la
maladie de Basedow**

Président de Thèse : M. TERRIEN, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Manuel-Desiderio PASTORIZA

*Né à Santiago de los Caballeros (République Dominicaine)
le 2 Septembre 1901*

Le tremblement des globes oculaires dans la maladie de Basedow

Président de Thèse : M. TERRIEN, Professeur

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1931

I. — PROFESSEURS

Le Doyen..... M. BALTHAZARD

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	GRÉGOIRE
Physiologie	ROGER.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	LENORMANT
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÉPER.
Hygiène et Médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée....	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie..	MAURICE VILLARET
	CARNOT.
Clinique médicale.....	BEZANÇON.
	ACHARD.
	MARCEL LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GAUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.....	CUNÉO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologie.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	LÉON BERNARD.
Professeur sans chaire.....	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Neurologie et Psychiatrie.....	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale.....	AUBERTIN.
Pathologie médicale.....	BÉNARD HENRI.
Physiologie.....	BINET.
Chimie biologique.....	BLANCHETIÈRE
Pathologie chirurgicale.....	BROCC.
Pathologie médicale.....	BRULÉ.
Pathologie chirurgicale.....	CADENAT.
Pathologie médicale.....	CATHALA.
Pathologie médicale.....	CHABROL.
Pathologie médicale.....	CHEVALLIER.
Pathologie chirurgicale.....	DE GAUDART D'ALLAINES
Physique.....	DOGNON.
Pathologie médicale.....	DONZELOT.
Obstétrique.....	ECALLE.
Urologie.....	FEY.
Pathologie expérimentale.....	GARNIER.
Bactériologie.....	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	GATELLIER.
Histologie.....	GIROUD.
Pathologie médicale.....	HARVIER.
Anatomie.....	HOVELACQUE.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Hygiène.....	JOANNON.
Chimie biologique.....	LABBÉ HENRI.
Parasitologie.....	JOYEUX.
Pathologie médicale.....	LAROCHE GUY.
Oto-rhino-laryngologie.....	LEMAITRE.
Anatomie Pathologique.....	LEROUX.
Pathologie chirurgicale.....	LEVEUF.
Neuro-psychiatrie.....	LÉVY-VALENSI.
Pathologie médicale.....	LIAN.
Pharmacologie.....	MERCIER FERNAND.
Histologie.....	MILLOT.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Pathologie médicale.....	MOREAU.
Pathologie chirurgicale.....	MOULONGUET.
Pathologie chirurgicale.....	MOURE.
Histologie.....	VIGNES.
Anatomie Pathologique.....	MULON.
Anatomie.....	OBERLING.
Médecine légale.....	OLIVIER.
Obstétrique.....	PIÉDELIEVRE.
Pathologie chirurgicale.....	PORTES.
Physiologie.....	QUENU.
Dermatologie et syphiligraphie.....	RICHET Fils.
Pathologie médicale.....	VERNE.
	SÉZARY.
Obstétrique.....	VALLERY-RADOT.
Ophthalmologie.....	(Pasteur)
Histologie.....	VAUDESCAL
Obstétrique.....	VELTER.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pharmacologie	BUSQUET.
Obstétrique	GUENIOT.
	LEQUEUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.
Histologie	RETTERER.

IV. — AGREGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

(ANNEXE)

A TITRE PERMANENT

	MM.
Clinique médicale	ABRAMI.
Clinique médicale	CHIRAY.
Clinique médicale	DEBRE.
Clinique médicale	DUVOIR.
Clinique médicale	FIESSINGER.
Clinique chirurgicale	HEITZ-BOYER.
Clinique médicale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique médicale	LÉRI.
Clinique chirurgicale	AUVRAY.
Clinique chirurgicale	BASSET.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
Clinique chirurgicale	MATHIEU.
Clinique chirurgicale	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale	PROUST.
Clinique chirurgicale	SCHWARTZ.
Clinique chirurgicale	LE LORIER.
Clinique chirurgicale	LEVY-SOLAL.
Clinique obstétricale	METZGER.

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes	MAUCLAIRE, pro- fesseur sans chaire.
Stomatologie	FREY.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M. LE PROFESSEUR TERRIEN

*Professeur de clinique ophtalmologique
de la Faculté de Paris*

Officier de la Légion d'honneur

*qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.*

*Nous le prions d'agréer dans ce
modeste travail l'expression
de notre gratitude et de notre
admiration.*

A NOTRE MAITRE

M. LE PROFESSEUR LEMAITRE

*Professeur à la Faculté
Chef du service d'oto-rhino-laryngologie
de l'Hôpital Saint-Louis*

Hommage de profonde reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné pendant notre séjour dans son service.

A NOTRE MAITRE

M. LE DOCTEUR P. BAILLIART

qui nous a si aimablement accueilli dans son service, et qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il veuille bien recevoir ici le témoignage de notre reconnaissance pour les conseils si précieux qu'il n'a cessé de nous donner.

INTRODUCTION

Le tremblement des globes oculaires au cours du syndrome de Basedow n'est signalé que très rarement dans la littérature médicale.

Il constitue cependant un signe d'une très grande importance diagnostique dans cette maladie.

A la Clinique des Quinze-Vingts où nous travaillons depuis un certain temps sous la direction de notre maître le Docteur Bailliart, nous avons été frappé de la fréquence avec laquelle on trouve ce tremblement des globes oculaires dans la maladie de Basedow.

Nous ne saurions trop exprimer notre profonde reconnaissance à M. le Docteur Bailliart pour les conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant notre séjour dans son service.

Qu'il veuille bien trouver dans ce modeste travail le témoignage de notre gratitude et de toute notre admiration.

HISTORIQUE

Le tremblement des globes oculaires au cours de la maladie de Basedow n'a été l'objet que de très rares travaux.

Les ouvrages classiques d'ophtalmologie, de même que les traités de médecine générale les plus complets sont absolument muets à ce sujet.

La première observation dans laquelle on ait attiré l'attention sur l'existence du nystagmus dans le goitre exophtalmique a été rapportée en 1889 par M. le professeur H. Vaquez dans la thèse de son élève Moutet.

L'auteur y signale le nystagmus dans un cas de goitre exophtalmique, mais sans y attacher une très grande importance.

Il est tout à fait étrange que ce signe, si fréquent dans la maladie de Basedow, ait été oublié par la suite. Cela doit tenir très vraisemblablement à ce que le tremblement que l'on voit dans le syndrome de Basedow est, le plus souvent, comme on le verra par la suite, un tremblement provoqué et non pas spontané.

Surtout, comme l'a fait remarquer M. Bailliart, ce

tremblement est souvent très faible et ne peut être décelé que par l'usage du microscope cornéen.

Après une période de silence d'une vingtaine d'années, le nystagmus dans la maladie de Basedow fut repris en 1913 par Sainton et son élève Chéronnet dans sa thèse.

Il est vrai que MM. Léopold Lévi et Henri Rothschild en 1909, avaient été amenés à parler du nystagmus à propos des études entreprises par eux sur l'excitabilité thyroïdienne dans ses manifestations oculaires :

« Il est fréquent, écrivent-ils, de trouver chez les hyperthyroïdiens un nystagmus atténué à oscillations plus ou moins rapides, le plus souvent horizontales, rarement verticales, parfois chez un même sujet horizontales et verticales et même obliques; nous ne l'avons jamais observé rotatoire.

Le nystagmus est soit continu, soit plus fréquemment intermittent; il apparaît dans le repos ou à la suite des mouvements.

Il se rattache en général à l'hyperthyroïdisme, car :

1° Il n'est pas rare dans la maladie de Basedow.

2° Il est susceptible de se produire ou de s'accroître parmi d'autres phénomènes d'intolérance thyroïdienne.

3° Il peut s'atténuer ou disparaître par le traitement thyroïdien à petites doses.

4° Le nystagmus, tremblement oculaire, s'associe fréquemment au tremblement Basedowien.

Enfin le nystagmus congénital, avec ou sans tremblement, se rattache parfois à cette variété. »

Ces conclusions de Léopold Lévi et de Rothschild semblent particulièrement intéressantes puisque non seulement elles confirment l'opinion de MM. Sainton et Chéronnet, mais encore parce qu'elles éclairent singulièrement la question au point de vue pathogénique.

Malgré cet intéressant travail, le nystagmus dans le syndrome de Basedow fut de nouveau oublié.

C'est ainsi que dans le récent ouvrage de Dautrebande sur la physio-pathologie de la thyroïde, il n'y fait pas allusion, non plus que dans le traité si complet de Laignel-Lavastine sur le sympathique.

En 1927, notre maître le docteur Bailliart, à propos de son rapport sur « le rôle du sympathique en pathologie oculaire », attira l'attention sur la fréquence de ce symptôme et surtout sur la méthode qu'il faut employer pour le mettre en évidence.

D'après M. Bailliard, ce signe est pour ainsi dire constant au cours de la maladie de Basedow et si, très souvent, il paraît absent, cela tient à ce qu'on ne le recherche pas avec soin.

En effet, à côté des cas où les globes oculaires sont animés de secousses spontanées si nettes que le simple examen direct ne permet pas de les méconnaître, il y a nombre de cas où le tremblement est si faible que seul le grossissement du microscope cornéen peut mettre en évidence.

Ayant eu l'occasion d'examiner plusieurs malades

dans le service de notre maître le docteur Bailliart, nous nous proposons dans ce court exposé de rapporter quelques observations où le tremblement oculaire existait chez des Basedowiens.

Voici succinctement résumées quelques-unes de nos observations. Elles auraient pu être plus nombreuses, mais celles-ci étant toutes à peu près superposables, nous préférons en apporter seulement quelques-unes des plus typiques.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Mme X..., 37 ans, vient consulter M. Bailliart pour des troubles de la vue. A l'examen à l'ophtalmomètre de Laval on remarque l'impossibilité qu'a la malade de rester immobile. Au microscope cornéen, le faisceau lumineux étant mis sur place, on observe des oscillations lentes des globes vers la droite.

Mme X..., interrogée sur son état de santé, se croit parfaitement normale. Elle présente de l'exophtalmie. Pas de signe de Graef. Tachycardie à 110. Son métabolisme basal est de $+40$.

OBSERVATION II

Mme P..., 25 ans, mariée, mère de deux enfants, ménagère de profession, présente depuis trois ans une exophtalmie qui s'est accentuée par la suite. Actuellement cette exophtalmie est considérable. Tremblement des extrémités très accusé. 140 pulsations par minute. Depuis un certain temps elle a remarqué que son caractère a beaucoup changé. Amaigrissement très marqué actuellement. Rien à signaler dans les antécédents.

A l'examen à la lampe à fente on observe un tremblement des globes oculaires, les oscillations se faisant de gauche à droite.

Pas de signe de Graefe ni de Stellwag.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le Docteur Bailliart)

Mme L..., 44 ans, vient consulter pour un choix de verres. — A l'ophtalmomètre, on remarque une légère secousse des globes.

A l'examen microscopique, les globes oculaires se déplacent nettement d'un mouvement rapide de la gauche vers la droite.

Le phénomène est très visible, si fixant le faisceau lumineux cornéen immobile, on regarde en même temps l'iris; on voit que par rapport au point lumineux le déplacement latéral de l'iris est des plus nets.

Pas de signes oculaires de Basedow; pas d'exophtalmie pas de signe de Graefe. Mais tachycardie, tremblement des membres supérieurs.

Un métabolisme basal, (+ 42) a confirmé le diagnostic.

OBSERVATION IV (de Cheronnét)

Mme K..., 49 ans. Goître exophtalmique.

Traitée depuis trois ou quatre ans pour tuberculose pulmonaire.

Début par tremblements, impression d'angoisses. Battements cardiaques violents et pénibles. Tremblement accidentel.

Goître petit, mais très dur.

Pouls : 120 à la minute. Eréthisme cardiaque considérable.

Pigmentation légère au niveau des coudes et du creux poplité.

Urines normales. Pas de polyurie.

Examen des yeux. — Globes saillants, surtout le droit.

Signe de Graefe positif.

Secousses nystagmiques légères, horizontales et provoquées.

OBSERVATION V (de Cheronnet)

Mme N..., 30 ans. Goître exophtalmique en voie de guérison.

Goître exophtalmique depuis huit ans, traité successivement par les médicaments antinervins, électricité, méthode de Moebius. Le début est rapporté par la malade à une grande frayeur. Quelqu'un voulut la tuer. Le tremblement et les autres symptômes apparurent dans les six mois qui suivirent.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère morte de goître exophtalmique.

Antécédents personnels. — Néant.

Mai 1913. — *Etat actuel.* — La malade donne l'impression d'un goître exophtalmique en voie de guérison. Les règles, jadis disparues, sont revenues, d'ailleurs irrégulières.

Le cou est à peine saillant. L'isthme du corps thy-

roïde est moyennement développé, le lobe gauche légèrement bosselé; le lobe droit très mou et considérablement augmenté de volume est mieux perçu dans les mouvements de déglutition.

Thrill à peine perceptible. Pas de tremblement. Battements cardiaques accentués seulement sous l'influence de la fatigue. Bruits du cœur un peu claqués.

Pouls : 92.

Emotivité excessive. Tendance aux colères.

Polydypsie. La malade se lève la nuit pour boire et absorbe plus d'un litre de liquide à chaque repas.

Examen des yeux. — Les yeux sont un peu saillants, le gauche plus que le droit. Rareté du clignement. Inégalité pupillaire. La pupille droite est plus dilatée que la gauche, correspondant au côté du lobe thyroïdien le plus développé.

Signe de Graefe négatif.

Recherche du nystagmus. — Dans la vision latérale on remarque à peine un léger frémissement des globes. Le nystagmus devient évident quand on amène les globes en position extrême par la vision en haut, et il est latéral; il en est de même dans la vision oblique. Le nystagmus est transversal.

4 juin 1913. — La malade se trouve très améliorée par l'emploi de l'hémato-éthyoïdine.

OBSERVATION VI (de Cheronnet)

Mlle V... Louise, 26 ans.

Examen du 9 juillet 1913. — Réglée à 13 ans. Règles irrégulières, mais abondantes.

Il y a trois mois les règles ont complètement disparu.
Depuis quelque temps fièvre le soir et toux.

Légère diminution du murmure vésiculaire au sommet droit.

Tremblement. Sensation de chaleur pénible.

Irritabilité. Rires et pleurs faciles.

Nystagmus horizontal très marqué lorsque la malade regarde droit devant elle. Les secousses nystagmiques sont relativement lentes.

23 juillet 1913. — Pouls : 108. Le nystagmus est atténué.

28 octobre. — Pouls : 96. Respiration : 52. Léger nystagmus.

Traitement par l'hémato-éthéroïdine.

12 novembre. — Le nystagmus ne se produit que lorsque la malade regarde droit devant elle.

4 février 1914. — La malade se plaint de douleurs au niveau de l'œil droit à l'occasion des mouvements volontaires du globe. Le nystagmus est intermittent. Il disparaît au repos et se montre spontanément lorsque la malade s'agite.

OBSERVATION VII (de Chéronnet)

Mme Van C..., marchande de quatre-saisons, goître exophtalmique avec aspect myxoédémateux.

Tachycardie : 148 pulsations à la minute.

Tremblement. Exophtalmie légère; globes saillants.

Légères secousses nystagmiques transversales et provoquées.

Etat psychique spécial. Irritabilité.

Goître vasculaire.

Traitement par l'hémato-éthyoïdine.

7 janvier 1913. — Amélioration notable. Pouls : 120.

On ne trouve plus de nystagmus.

OBSERVATION VIII (de Cheronnet)

Mme B..., 55 ans. Syndrome de Basedow fruste.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à 52 ans d'apoplexie cérébrale. Père mort à 74 ans asthmatique.

Une sœur aurait eu les mains paralysées (?).

Antécédents personnels. — A 18 ans, crise de rhumatisme articulaire aigu ayant duré un mois.

Réglée à 19 ans seulement. Mariée à 21 ans. Pas d'enfants. Pas de fausses couches. Métrite à 30 ans.

A 40 ans, anémie cérébrale et apparition de palpitations, de vertiges; parfois sensation de dérobement des jambes.

La malade a eu beaucoup d'ennuis l'année dernière et depuis cette époque tous ces symptômes ont augmenté.

Le cou est légèrement augmenté de volume. Le corps thyroïde est petit, un peu pulsatile, mais pas saillant. Thrill. Le tremblement est marqué seulement au niveau des mains, menu, à oscillations très rapprochées.

Le pouls est rapide (130 à 140). Bruits cardiaques très claqués, surtout à la base. A l'auscultation, souffle extra-cardiaque.

Signe de Jellinek positif. Signe du frontal positif.

Examen des yeux. — Faciès assez caractéristique. Les

yeux sont légèrement saillants, fixes, brillants. Diminution de la convergence. On note, par intermittence, des secousses nystagmiques légères transversales.

Traitement par l'hémato-éthéroïdine.

La malade est revue périodiquement.

31 octobre 1913. — Pouls : 120.

6 novembre. — Pouls : 108. Exophtalmie moindre.

27 janvier 1914. — Amélioration notable. Les signes oculaires et le signe de Jellinek disparaissent.

OBSERVATION IX (de Cheronnet)

Mlle G... Hélène, 22 ans, originaire de Varsovie. Bacillose et goître exophtalmique.

Juin 1913. — La malade présente un goître vasculaire avec augmentation considérable de l'isthme thyroïdien. Le lobe droit est plus lumineux que le gauche que l'on perçoit à peine.

Pouls 124. jamais au-dessous de 96. Pas de lésions orificielles, mais battements pénibles.

Urines normales : ni sucre, ni albumine.

Depuis six mois, amaigrissement considérable (on trouve d'ailleurs un sommet droit suspect et avec diminution du murmure vésiculaire).

Etat psychique particulier : irritabilité, tendances mélancoliques.

Depuis six mois environ, règles diminuées d'abondance.

Examen des yeux. — Globes un peu saillants, le droit plus que le gauche. Pupilles égales. Nystagmus latéral et

intermittent spontané et non provoqué à type transversal.

OBSERVATION X (de Cheronnet)

Mme B... Antoinette, âgée de 26 ans, originaire d'Epina-sur-Seine. Goître exophtalmique.

25 octobre 1913. — Début il y a environ un an et demi par augmentation de volume du cou, puis apparition de l'exophtalmie qui devient de plus en plus intense.

Corps thyroïde : goître vasculaire portant sur les lobes et sur l'isthme. Développement moyen. Battements au niveau du lobe gauche et Thrill. Rien de semblable au lobe droit.

Très légères adénopathies cervicales.

Pouls 136.

A l'examen des yeux, on ne trouve à ce moment qu'une exophtalmie peu considérable avec regard brillant, absence de clignement, sans secousses nystagmiques.

D'autre part, on note du tremblement des extrémités.

La malade accuse un amaigrissement général, une sensation de chaleur continue.

La menstruation est un peu exagérée. Il y a une diminution de volume des seins.

Urines normales.

Traitement par l'hémato-éthyröidine.

La malade est revue périodiquement, présentant des alternatives d'amélioration et d'exagération des symptômes.

4 février 1914. — Le pouls est à 96. Les symptômes

s'amendent. Mais on trouve des secousses nystagmiques légères transversales et provoquées.

OBSERVATION XI (de Cheronnet)

Mme G... Goitre exophtalmique évoluant depuis longtemps.

Parmi les symptômes oculaires : très léger nystagmus très lent, à type transversal et provoqué.

OBSERVATION XII (de Cheronnet)

Mme G., vingt-neuf ans, goitre simple avec léger basedowisme.

Antécédents. — Fièvre typhoïde à treize ans. Réglée à quatorze ans. Mariée à vingt-deux ans. (Un an après, naissance d'un enfant venu avant terme (huit mois). Dans la suite, trois autres enfants à terme tous vivants et bien portants.

La malade a fait un séjour d'un an et demi à Madagascar.

Depuis un an, à la suite de sa dernière grossesse, la malade maigrit en même temps qu'elle ressent de violents maux de tête; elle a des palpitations et elle remarque une augmentation de volume du cou.

24 janvier 1914. — *Etat actuel.* — Aspect anémique. Le cou est plus volumineux. Le lobe droit du corps thyroïde est absolument normal. L'isthme est peu développé. Au niveau du lobe gauche on sent une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, dont la direction est

presque parallèle à celle des sterno-cléido-mastoïdiens. Le bord inférieur de ce lobe touche presque la fourchette sternale : Sa constance est kystique, rénitente. A sa partie supérieure, on sent du tissu thyroïdien induré.

Léger Thrill au niveau des vaisseaux.

Examen des yeux. — Pas d'exophtalmie. Quand on recherche le signe de Græfe on trouve un nystagmus vertical très net.

Pouls 108. Etat psychique spécial. Irritabilité. Pleurs faciles.

OBSERVATION XIII (de Cheronnet)

Mme H... Germaine, trente ans. Goitre basedowifié.

Premier examen le 9 avril 1913. — Pas d'antécédents héréditaires.

A l'âge de dix-huit ans, on fit remarquer à la malade qu'elle avait une grosseur à la partie antérieure du cou. Dès ce moment apparurent des crises d'étouffement qui se renouvelèrent par intermittence.

Il y a trois ans que ces crises deviennent plus fréquentes. Des crises de palpitation apparaissent. La malade devient très nerveuse.

A l'examen, on trouve un goitre petit avec un noyau dur au niveau du lobe gauche. L'isthme est volumineux. Le lobe droit est peu développé, mais douloureux à la pression.

Thrill perceptible à la face du cou.

Il y a du tremblement des extrémités.

Pouls 112. Rien au cœur.

Examen des yeux. — Le regard est un peu brillant, mais il n'y a pas d'exophtalmie.

Dans la position extrême de vision latérale, on remarque de légères secousses nystagmiques transversales se produisant par intermittence. Signe de Græfe négatif.

Etat psychique spécial. Nervosisme. Pleurs fréquents.

La malade est traitée par l'hémato-éthyroïdine et l'opothérapie surrénale.

La malade est revue les 7, 13, 21 et 28 mai, 11 juin, 23 juillet, 12 et 19 novembre, et 3 décembre 1913.

Il y a une amélioration manifeste dans tous les symptômes. Le pouls tombe à 92-96. Les secousses nystagmiques ont complètement disparu.

OBSERVATION XIV (de Chéronnet)

Mme P..., vingt-neuf ans. Goitre exophtalmique.

La malade est vue pour la première fois le 26 avril 1912.

Le syndrome de Basedow évolue chez elle depuis environ quinze mois.

Il y a des palpitations. Pouls : 146.

Tremblement très rapide. Goitre.

Les globes présentent des secousses nystagmiques horizontales et provoquées dans la position extrême de vision latérale. Ces secousses augmentent sous l'influence de l'attention.

La malade est soumise au traitement opothérapique (hémato-éthyroïdine) et revue périodiquement.

L'amélioration est manifeste. Le pouls tombe au-des-

sous de 90. Les secousses nystagmiques ont complètement disparu.

OBSERVATION XV (de Chéronnet)

Mme B..., quarante ans. Goitre fibreux en voie de basedowification.

29 mai 1912. — Il s'agit d'un goitre ancien avec prédominance très nette du côté droit. Le lobe droit est induré, presque crétaqué. Le lobe gauche est moins volumineux, mais forme un bourrelet saillant et dur.

Rien au cœur. Pouls : 120. Légers battements artériels au niveau du cou.

Il y a du tremblement.

On note de légères secousses nystagmiques horizontales et provoquées.

OBSERVATION XVI (de Chéronnet)

Mme Bl..., soixante-dix ans. Goitre ancien. Transformation maligne. Basedowification tardive.

Il s'agit d'une femme âgée, originaire de l'Aveyron, porteuse d'un goitre depuis dix ans, qui aurait grossi, surtout du côté droit.

A eu presque toute sa vie des palpitations, qui ont considérablement augmenté ces temps derniers, accompagnées d'essoufflement.

Actuellement (mai 1913), se plaint de faiblesse générale, de quintes de toux.

Goitre. — Tumeur volumineuse : lobe droit très augmenté de volume, descendant en bas jusqu'à la clavicule,

remontant en haut jusqu'au niveau de l'angle du maxillaire, repoussant en arrière le sterno-cléido-mastoïdien et le paquet vasculo-nerveux du cou. L'isthme est développé, touche en bas la fourchette sternale, bombe en avant et remonte jusqu'à l'os hyoïde. Le lobe gauche est moins volumineux. Cependant, le muscle sterno est comme repoussé en arrière. Le corps thyroïde est dur, très irrégulier, mamelonné, avec des saillies arrondies non douloureuses. La peau, au-devant de la tumeur, est lâche et sillonnée de veines qui s'anastomosent avec les veines du tronc. La trachée est comprimée. Il y a de l'oppression. Pas de troubles laryngés.

Réaction ganglionnaire.

Tremblement très net.

Pouls : 120. Battements du cœur réguliers. Rien à l'aorte. Pigmentation autour des paupières. Quelques taches pigmentaires au niveau de la conjonctive. Pigmentation du voile du palais.

Signes oculaires. Pas d'exophtalmie. Signes de Græfe et de Mœbius négatifs. Très légères secousses nystagmiques transversales et provoquées.

OBSERVATION XVII (de Chéronnet)

Mme P..., quarante-six ans. — Goitre basedowifié. Il s'agit d'une femme originaire d'un pays goitrigène (Puy-de-Dôme) et demeurant à Paris depuis douze ans.

Antécédents. — On trouve, il y a quatre ans, un érysipèle, et, au mois de janvier 1912, une bronchite qui obligea la malade à garder le lit pendant quinze jours.

C'est à la suite de cette affection que la malade s'aperçoit que sa voix devient rauque.

Quatre enfants nés à terme. Deux sont morts, l'un à la naissance, l'autre à l'âge de neuf ans, d'une méningite tuberculeuse.

Depuis trois mois, la malade ressent au cou une gêne continuelle. Son caractère a changé.

Actuellement (28 juin 1913). Le corps thyroïde est hypertrophié, surtout au niveau de l'isthme et du lobe gauche. Les deux lobes ont une consistance molle. Au niveau de l'isthme, on trouve un noyau très dur, de la grosseur d'une noisette.

Ce goitre bat, mais ne présente pas de frémissement. La voix est enrouée.

Il y a du tremblement des mains.

La malade se plaint de bouffées de chaleur fréquentes.

Pouls : 104. Caractère très irritable.

Examen des yeux. — Eclat du regard remarquable.

L'exophtalmie est assez peu prononcée. Le signe de Moebius est nettement positif. La fente palpébrale est élargie.

On ne retrouve pas le signe de Græfe, mais la malade présente une rétention spasmodique de la paupière supérieure. Cette contraction cesse à certains moments. Quand on dit à la malade de regarder en bas, la paupière supérieure suit le mouvement du globe jusqu'au milieu de sa course. Là elle se contracture pendant quelques instants, puis elle s'abaisse brusquement. Quand on dit à la malade de fermer brusquement les yeux, rien ne se produit.

Quand on fait regarder la malade très fortement en

dehors, on note de légères secousses nystagomiques transversales.

La malade est revue les 2 et 9 juillet 1913. Les symptômes persistent. Depuis, la malade n'est plus revue.

OBSERVATION XVIII (de Chéronnet)

Mme H..., trente-cinq ans. Goitre ancien. Poussée thyroïdienne à la suite d'une fièvre typhoïde. Basedowisme fruste.

Antécédents (mai 1913). — Originaire du Nord, mais élevée en Seine-et-Marne, pays de gros cous.

A eu un goitre dès l'âge de douze ans.

Réglée à quinze ans. Pas de grossesse.

Il y a quatre ans, est survenue une fièvre typhoïde très grave, suivie d'une convalescence longue et pénible. A ce moment, il s'est produit une subite augmentation du goitre.

Depuis cette époque, amaigrissement, nervosisme très marqué, cauchemars, idées noires.

Au moment de l'examen (mai 1913), corps thyroïde volumineux. Goitre vasculaire, beaucoup plus marqué du côté droit. Isthme volumineux. Côté gauche presque normal.

Tremblement.

Peu de tachycardie (80 pulsations).

Légère exophtalmie du côté droit. Pas de signe de Græfe.

On note de très légères secousses nystagmiques provoquées, transversales.

La malade est revue le 18 juin 1913. Mêmes symptômes.

Raucité de la voix, sans paralysie récurrentielle.

OBSERVATION XIX (de Chéronnet)

Mme Ch..., vingt ans, couturière.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Parents vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Rougeole, Scarlatine, sans complications. Réglée à quatorze ans. Règles abondantes et irrégulières.

La malade, dès ce moment, était très nerveuse. Elle pleurait et riait très facilement. Dès cette époque elle ressent des palpitations pénibles. Elle ne peut courir.

Il y a trois ans, elle s'est aperçu que son cou grossissait en même temps qu'elle ressentait des crises d'étouffements.

Actuellement (3 décembre 1913), la malade vient consulter pour une sciatique gauche très douloureuse. Elle est enceinte de trois mois. On remarque une augmentation du volume du corps thyroïde portant sur ses deux lobes et sur l'isthme.

Léger thrill au niveau du goître.

Tremblement marqué, augmenté par la couture.

Cœur : légers signes de rétrécissement mitral.

Pouls : 100-120.

Examen des yeux. — Pas d'exophtalmie. Signes de Mœbius et de Græfe négatifs. Incontractilité du muscle frontal.

OBSERVATION XX

(Observation extraite de la thèse de Moutet. Paris, 1889, et relevée par M. le Professeur Vaquez, alors interne du Professeur Potain).

Il s'agit d'une femme, la nommée C..., passementière, entrée le 20 mars 1889, salle Piorry, lit 25.

Cette femme, âgée de vingt-sept ans, avait fait un premier séjour à l'hôpital du mois de mars au mois de novembre de l'année précédente.

On avait constaté chez elle tous les symptômes d'un rétrécissement mitral, tous les signes de la maladie de Basedow.

Elle fut traitée par l'hydrothérapie et l'électricité et quitta l'hôpital au mois de novembre. A cette époque, son état s'était sensiblement amélioré.

Depuis le mois de novembre jusqu'au commencement du mois de février de l'année suivante, la malade jouit d'une santé relativement bonne. Le tremblement avait disparu avec les palpitations; le caractère était plus calme, les yeux très peu saillants.

Malheureusement, la profession pénible de la malade la fatigua énormément et l'amélioration qu'on avait constatée ne tarda pas à faire place à une recrudescence des symptômes. Au commencement de février les yeux commencent à redevenir saillants, en même temps que les palpitations et les étouffements réapparaissent.

Le nystagmus reprit son intensité antérieure.

Légères secousses nystagmiques transversales et provoquées, se produisant dans la vision latérale.

Peu de temps après le tremblement revenait avec faiblesse marquée des membres inférieurs, et de temps à autre une sensation d'effondrement des jambes. Le caractère est devenu plus irritable; la malade se sent toujours agacée; la sensation de chaleur excessive a également reparu.

A l'occasion des fatigues, le côté droit du corps thyroïde gonfle légèrement en même temps que la malade est prise d'un toux quinteuse qui se termine par une expectoration abondante.

Il y a quinze jours, est survenue une diarrhée qui a duré huit jours et qui a cessé subitement.

Il n'y a pas de boulimie mais un goût spécial pour les aliments épicés et une soif vive.

Etat actuel. — La malade présente l'aspect habituel du goitre exophtalmique. Il y a cependant absence presque complète de goitre. Le cou ne mesure que 32 centimètres et est un peu développé seulement vers le côté droit.

Les palpitations sont extrêmes, visibles. Le cœur bat fortement vers le sixième espace intercostal. Toute la région précordiale est soulevée à chaque pulsation. Ces palpitations sont quelquefois si fortes qu'elles réveillent le malade la nuit. Le pouls est rapide (136), fort, régulier.

Le tremblement est généralisé, rapide, surtout aux extrémités. Mais lorsque la malade est debout et que l'on met la main sur sa tête, on la sent agitée d'un même mouvement de trémulation. Le tremblement des doigts est surtout latéral, et la main est entraînée rapidement dans des mouvements d'oscillation autour d'un axe qui

passerait par le poignet; les oscillations ne se font que dans le segment supérieur du cercle construit sur cet axe. La langue est agitée de la même trémulation régulière d'avant en arrière.

Les yeux sont saillants, brillants, les pupilles dilatées : en plus, les yeux sont soumis à un nystagmus transversal dont la rapidité et la petitesse des oscillations sont absolument comparables au tremblement des membres. Il n'y a pas de paralysie de la paupière supérieure, mais on remarque une difficulté de convergence pour l'œil droit : pas de diplopie ni d'amblyopie...

OBSERVATION XXI (de Chéronnet)

Mme K..., vingt-cinq ans.

Goitre exophtalmique opéré; vraisemblablement consécutif à une insuffisance ovarienne due à l'existence d'un kyste dermoïde de l'ovaire droit.

Examen du 16 juin 1913. — Petites secousses nystagmiques transversales et provoquées.

24 juillet 1913. — Ablation d'un kyste de l'ovaire droit, volumineux, contenant deux litres de liquide chocolat.

A la suite de cette opération, l'exophtalmie diminue, surtout à gauche. Le goitre a disparu.

On note encore de petites secousses nystagmiques.

OBSERVATION XXII (de Chéronnet)

Mme R..., âgée de vingt-cinq ans.

Basedowisme fruste au cours de l'allaitement.

Originaire de Russie (Odessa). Il n'y aurait pas de goitre dans le pays.

Pas d'antécédents héréditaires.

Elle a eu, il y a onze mois, un enfant. N'était, avant cette grossesse, pas très bien réglée, mais l'est actuellement très bien. Elle fait remonter le début de la maladie actuelle à six ou sept mois. Une amie lui a dit que son cou augmentait de volume.

Elle présente en ce moment de la diarrhée alternant avec de la constipation, de la céphalée persistante, des battements de cœur, de l'amaigrissement.

Elle nourrit encore un enfant de onze mois.

Cet enfant est nerveux. Il présente fréquemment des soubresauts pendant son sommeil.

Etat actuel, 7 décembre 1913.

Cou augmenté de volume, surtout au niveau du lobe gauche du corps thyroïde. Le lobe gauche est beaucoup plus consistant que le droit qui paraît normal.

Pouls : 110. Cœur très régulier.

Pas de tremblement. Pas de troubles de la marche. Etat nerveux très peu marqué.

Signes oculaires. — Exophtalmie à peu près nulle. Pas d'éclat particulier du regard.

Un peu d'élargissement de la fente palpébrale.

Pupilles égales. Instabilité oculaire. On note des secousses nystagmiques horizontales dans la position forcée de vision latérale.

Pas de signe de Mœbus. Pas de signe de Græfe. Pas de signe de Stelwag.

OBSERVATION XXIII (de Chéronnet)

Mme G..., âgée de vingt ans, domestique.

Goutte exophtalmique vasculaire (absence complète du système pileux aux aisselles).

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants. Frères et sœurs un peu nerveux.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure. Réglée à treize ans, régulièrement. Règles peu abondantes. Un peu de leucorrhée depuis un an.

La malade habitait la Bretagne. Il y a un an, elle vint à Paris. Surmenage.

Il y a quelques mois, sans qu'elle puisse dire en quelle circonstance, elle commence à éprouver des étourdissements, des bouffées de chaleur. Les yeux deviennent brillants. Le cou augmente de volume.

Examen le 29 novembre 1913.

Corps thyroïde volumineux, très tendre; l'augmentation de volume porte particulièrement sur le lobe droit et sur son prolongement supérieur.

L'isthme est volumineux et gonflé. Le lobe gauche est beaucoup moins développé. La tension de la tumeur est très accentuée. Thrill extrêmement marqué, moins à gauche.

Tachycardie. Battements cardiaques très marqués. Vibration de toute la poitrine. Pouls : 120.

Tremblement extrêmement marqué. Vibrations généralisées. Seins bien développée. Ligne blanche très nette. Règles très abondantes. La malade les voit tous les deux mois environ. Aspect un peu masculin du bassin. Absen-

ce complète du système pileux aux aisselles. Un certain degré d'infantilisme. Poils du pubis peu développés. Les cheveux sont rêches, raides, gardant la position qu'on leur donne.

Examen des yeux. — Exophtalmie très considérable et à peu près égale des deux côtés.

Pas de signe de Græfe, mais signe de Mœbus positif.

Nystagmus transversal spontané, mais très passager, quand la malade regarde droit devant elle. Mouvements incessants des globes oculaires dans tous les sens.

Pupilles dilatées, inais égales.

OBSERVATION XXIV (de Chéronnet)

(P. SAINTON et B. PISANTE. Trois cas de goitre exophtalmique traités par le sang et le sérum de moutons éthyroïdés. *Revue neurologique*, nov. 1904).

Goitre exophtalmique

F..., âgé de trente et un ans, employé de banque, se présente à la consultation de l'hôpital Beaujon, au mois de juillet 1902.

F... n'avait jamais été malade. Début de l'affection il y a cinq ans.

L'exophtalmie est nette, le clignement n'est pas fréquent, mais les globes oculaires sont animés de secousses nystagmiformes. Il existe le signe de Stelwag et le signe de Mœbius. Le signe de Græfe cest peu marqué.

Le traitement par le sérum de mouton éthyroïdé amène une régression des symptômes.

OBSERVATION XXV

GASTAUD, le Diabète dans le syndrome de Basedow.

Thèse de Paris, 1913.

*Goitre exophtalmique avec glycosurie légère
et intermittente*

Mme B..., quarante-neuf ans. Pas d'antécédents héréditaires intéressants. Début de la maladie en 1911, par palpitations et augmentation de volume du cou.

Signes oculaires. — Secousses nystagmiques dans la position extrême latérale.

OBSERVATION XXVI (de Chéronnet)

Goitre en voie de Basedowification

Mme Ch..., cinquante-neuf ans. Pas de maladie antérieure. La malade est originaire de la Charente. Dans sa famille, dans son pays même, elle ne connaît pas de goitreux, d'ailleurs elle n'a pas quitté Paris depuis l'âge de cinq ans.

A été réglée à treize ans, toujours très régulièrement jusqu'à l'âge de cinquante-six ans. Célibataire.

A l'âge de trente ans la malade s'est aperçue en agrandissant son col, que son cou augmentait de volume : elle avait, dit-elle, une grosseur comme une noix au devant du cou.

Pendant une quinzaine d'années cette grosseur est restée stationnaire, non douloureuse et sans aucun trouble de l'état général.

Au dire de la malade, la grosseur qu'elle avait alors a augmenté considérablement depuis l'âge de quarante-cinq ans, et surtout depuis trois ans, époque de la cessation des règles. La tumeur, en outre, s'est étendue sur les côtés du cou. Mais la malade ne remarquait toujours aucun trouble dans son état général.

Il y a deux mois et demi, grippe avec céphalée très violente et vertiges. Depuis, éblouissements fréquents, mouches volantes à l'occasion de la vision attentive.

La malade est devenue nerveuse, dort très mal, présente parfois du tremblement au niveau des mains.

A l'examen du cou, on remarque une tumeur mobile à l'occasion des mouvements de déglutition. L'isthme du corps thyroïde s'étend de l'os hyoïde jusqu'à la fourchette sternale. On y sent quatre lobules distincts les uns des autres.

Le lobe droit contient des noyaux indurés; le lobe gauche est plus développé et une consistance charnue.

Examen des yeux. — Exophtalmie légère plus marquée du côté gauche. Pas de signe de Græfe, pas de signe de Mœbius : retard du frontal. On note de légères secousses nystagmiques transversales et spontanées.

Tremblement variable. Pouls : 100.

OBSERVATION XXVII

Cette observation est due à M. le D^r MILIAN

(Les secousses nystagmiques dans le syndrome de Basedow, par P. SAINTON. M. Milian, rapporteur. *Société médicale des Hôpitaux*, p. 115).

.....J'ai en ce moment dans mon service, une malade atteinte de maladie de Basedow fruste sans tachycardie ou avec tachycardie modérée (80 pulsations à la minute).

Elle a de l'exophtalmie, l'état brillant de l'œil, le corps thyroïde gros, du tremblement. Elle a en même temps un nystagmus latéral spontané très accusé.

Le tremblement coexiste avec le nystagmus.

OBSERVATION XXVIII

Goitre exophtalmique

Mme Bl..., trente-cinq ans.

Antécédents héréditaires. — Néant.

Antécédents personnels. — Néant. Deux grossesses normales.

Début il y a trois ans par des palpitations, des vertiges, un amaigrissement progressif. Il n'y a guère que depuis deux ans, au dire de la malade, que son cou augmente de volume.

Depuis cette époque, la malade est traitée avec des résultats variés, par les antinervins (Bromure de potassium, valériane, hydrothérapie).

A l'heure actuelle (février 1914). Tableau assez typique.

Hypertrophie du corps thyroïde intéressant surtout le lobe droit et très légèrement l'isthme.

Le lobe gauche n'est pas hypertrophié.

Pouls rapide, 90 à 100 pulsations à la minute. Egal.

Examen du cœur. Pas de lésion orificielle. Bruit aortique un peu claqué.

Tremblement très léger des extrémités, surtout aux mains.

La malade est très nerveuse, irritable, émotive à l'excès. Elle dort peu la nuit.

Examen des yeux. — Exophtalmie moyenne.

Fixité du regard. Signe de Stelwag positif.

Pas de signe de Græfe ni de Mœbus.

Mais, en faisant fixer le bout d'un crayon de manière à porter les globes en position extrême latérale, on détermine des secousses nystagmiques intermittentes, à type transversal.

La malade s'astreint uniquement au repos et à l'hydrothérapie. La médication antithyroïdienne n'a pas été tentée.

OBSERVATION XXIX (Chéronnet)

Goître exophtalmique

Mme M..., trente-huit ans.

Originaire du Jura.

Aucun antécédent héréditaire.

Antécédents personnels. — Pas de grossesse. Métrite et salpingo-ovarite assez bien tolérées et traitées jusqu'à présent par des moyens médicaux.

Début il y a un an et demi, au dire de la malade, par augmentation progressive du volume du cou.

Puis palpitations survenant par accès, surtout la nuit.

Examen actuel (février 1914).

Corps thyroïde. Hypertrophie thyroïdienne volumineuse à droite, de consistance très ferme. A l'examen laryngoscopique, on note une déviation de la paroi trachéa-

le correspondante, sans qu'il y ait d'ailleurs de phénomènes de dyspnée ou de paralysie récurrentielle.

La tachycardie est continue, autour de 110.

Cœur. Pas de lésions orificielles. La pointe bat dans le sixième espace intercostal.

Etat mental peu accusé. Pas de tremblement.

Etat général. — L'appétit paraît augmenté sans que la malade prenne du poids.

Examen des yeux. — Exophtalmie légère.

Signe de Græfe positif.

Signe de Stelwag positif.

Pas de défaut de convergence des globes.

Dans la position extrême du regard, on note des secousses nystagmiques provoquées par la fixation du regard, assez lentes, régulières.

Pas de nystagmus spontané.

DESCRIPTION DU PHENOMENE

Le microscope de Czapsky utilisé en ophtalmologie depuis vingt ans a pris une importance considérable depuis le nouveau mode d'éclairage introduit en clinique il y a quinze ans par Gullstrand, sous le nom d'éclairage à la lampe à fente.

On projette sur la cornée un faisceau lumineux sous forme d'une bande étroite et brillante, sur laquelle on met au point le microscope.

On examine cette bande. On fixe le faisceau lumineux et on regarde en même temps l'iris.

Alors que chez le sujet normal l'iris reste immobile par rapport au point lumineux, on voit chez le basedowien des oscillations lentes, régulières, horizontales et de plus ou moins grande amplitude de l'iris.

Le phénomène est constant dans une grande proportion des cas de maladie de Basedow.

L'effort de convergence, l'attention, l'émotion augmentent l'amplitude de ces secousses caractéristiques; il ne manque jamais lorsque il existe le tremblement des membres.

Fait plus intéressant, nous l'avons observé (obs. n° 1) chez les sujets qui ne présentent encore qu'une ébauche insoupçonnée de la maladie.

On le rencontre ainsi sur des malades chez lesquels les autres signes oculaires manquent, c'est ainsi que le hasard de l'observation microscopique permet de dépister les cas insoupçonnés.

Comme nous l'avons observé après M. Bailliart, ce tremblement peut s'atténuer et même disparaître à la suite du traitement.

FREQUENCE

Chéronnet, dans sa thèse de 1914, après l'histoire détaillée de 26 observations de maladie de Basedow où les « secousses nystagmiques » existaient, conclut que ce symptôme se trouve dans presque la moitié des cas de goître exophtalmique.

En effet, Chéronnet trouve ce signe 26 fois sur 60 basedowiens qu'il examina.

Cette statistique est la seule qui, à notre connaissance, ait été jusqu'ici rapportée, d'après nos constatations cliniques et celles de M. Bailliart, nous pensons que si Chéronnet ne l'a retrouvé que dans une proportion faible de malades, cela tient à l'insuffisance de l'examen qui est fait à l'œil nu.

Comme nous l'avons déjà dit, chez un grand nombre de Basedowiens, le tremblement n'est mis en évidence qu'avec l'aide du microscope cornéen.

On voit par conséquent que ce signe, malgré l'oubli dont il a été l'objet, constitue le phénomène le plus fréquent parmi les symptômes oculaires de la maladie

de Basedow, à notre avis, sa recherche fournira plus de renseignements que celle des signes Graefe, Moebius, Stellwag dont la fréquence, comme on le voit, est beaucoup moindre.

PATHOGENIE

Avant de terminer cette brève étude sur le tremblement oculaire dans la maladie de Basedow, nous dirons quelques mots sur la pathogénie et l'étiologie de ce phénomène.

Question bien délicate si l'on se rappelle l'incertitude de la science médicale sur l'origine des tremblements.

Il faut lire à ce sujet le fort intéressant article que M. Déjerine a consacré à la question dans son traité « Sémilogie des affections du système nerveux ».

Nous résumerons les lignes qu'il a écrites dans cette étude sur le mécanisme pathogénique des tremblements.

« Tout le monde, dit-il, est d'accord pour incriminer à la base du tremblement un phénomène exclusivement d'ordre nerveux; mais les difficultés surgissent lorsqu'il s'agit d'expliquer la nature de ce phénomène. »

On a invoqué des « impulsions inégales et constamment interrompues » (Romberg), une « succession rapide de petites contractions involontaires des muscles antagonistes » ou encore, avec Valentin, un phénomène paralytique.

Pour Debove et Boudet, il s'agirait d'un état de contraction prédominante du muscle ou du groupe musculaire antagoniste.

Fernet enfin émit l'hypothèse qu'à la base du tremblement était une contraction musculaire décomposée en ses éléments constituants; c'est à cette théorie que Déjerine semble donner la préférence.

Quel que soit d'ailleurs le mécanisme adopté, c'est toujours en définitive à l'origine nerveuse qu'il faut rattacher le tremblement.

Au milieu de tant d'incertitudes, l'hypothèse qui nous paraît la plus plausible, c'est celle qui a déjà été invoquée pour expliquer le tremblement général des Basedowiens.

L'hyperthyroïdie n'est pas discutable si l'on se rappelle les constatations de Léopold Lévi et de Rothchild, il s'agirait d'une action des produits de sécrétion de la glande thyroïde sur les zones nystagmogènes bulbo-protubérantielles.

Si l'œil est particulièrement sensible à ces influences motrices, c'est que son système musculaire est constamment en équilibre; équilibre essentiellement instable, que la moindre perturbation de l'influx nerveux peut modifier.

Mais on sait d'ailleurs, et M. Bailliart vient de le redire en 1927, le rôle que l'excitation permanente du sympathique peut jouer sur l'œil; rien d'étonnant dès lors que l'excitation permanente de ce nerf entraîne comme conséquence la production du signe en question.

CONCLUSIONS

1° Le tremblement des globes oculaires est un signe peu connu dans la maladie de Basedow.

2° Il se trouve dans presque la totalité des cas de cette affection.

3° Il est de beaucoup plus fréquent que les autres signes oculaires de la maladie de Basedow (Graefe, Moebius, Stellvag).

4° Généralement spontané, ce tremblement peut être exagéré ou provoqué par les mouvements volontaires des globes.

5° Dans les cas où il n'est pas décelable à l'œil nu, on doit le rechercher à l'aide du microscope cornéen qui mettra en évidence des oscillations faibles, inappréciables sans le secours de cet instrument.

6° Il constitue un signe précieux dans le diagnostic des formes frustes de maladie de Basedow.

7° Il est dû probablement aux mêmes causes que les autres signes oculaires et qu'au tremblement général qui l'accompagne très souvent au cours du syndrome Basedow.

Vu : *Le Président de Thèse,*

TERRIEN.

Vu : *Le Doyen :*

BALTHAZARD.

Vu et permis d'imprimer.

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

1. BAILLIART. — Le rôle du sympathique en pathologie oculaire. (Arch. d'opht., 1927, p. 513.)
2. ALQUIER et LENOBLE. — Autopsie d'un cas de nystagmus myoclonie.
3. CHANOINE-DAVRANCHES. — Le Nystagmus calorique dans les suppurations auriculaires. (Thèse de Paris, 1908.)
4. CHARCOT, BOUCHARD et BRISSAUD. — (Traité de médecine.)
5. CLERET. — Etude sur la pathogénie du goitre exophtalmique. (Thèse de Paris, 1911.)
6. COPPEZ. — Compte-rendu du congrès de la Société française d'ophtalmologie. (*Presse médicale*, mai 1913.)
7. DEBOVE et ÁCHARD. — (Manuel de médecine).
8. DECHAMBRE. — (Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales).

9. GASTAUD. — Le Diabète dans le syndrome de Basedow. (Thèse de Paris, 1913.)
 10. LYON (Gaston). — (Clinique thérapeutique).
 11. GILBERT et THOINOT. — (Traité de médecine et de thérapeutique).
 12. GLEY. — (Traité élémentaire de physiologie).
 13. LAFFITE. — (In Traité de médecine, Enriquez, Bergé, Lamy, Laffite, 1909).
 14. LÉVI (Léopold) et ROTHSCHILD (Henri de). — (Comptes rendus de la Société de biologie, mars 1909).
 15. MEIGNAN. — Nystagmus et Myoclonie. (Thèse de Paris, 1909).
 16. MILLIAN. — (Société médicale des hôpitaux, 1913, p. 105).
 17. MORAX. — (In Encyclopédie française d'ophtalmologie de Lagrange et Valude).
 18. MOUTET. — Du début cardiaque du goitre exophtalmique. (Thèse de Paris, 1889).
 19. PANAS. — (Traité des maladies des yeux, t. II).
- SAUVINEAU. — Les secousses nystagmiques dans le syndrome de Basedow. (Société médicale des hôpitaux, 1913, p. 115).

21. Formes cliniques du Syndrome de Basedow (in *Journal médical français*, mars 1913).
 22. SAINTON et PISANTÉ. — Trois cas de goitre exophtalmique traités par le sérum de moutons éthyroïdés. (*Revue neurologique*, 30 novembre 1904).
 23. TERRIEN. — De la valeur seméiologique du nystagmus. (*Progrès médical*, 1904).
 24. MORAX. — (Précis d'ophtalmologie).
 25. TERRIEN. — Ophtalmologie (3 éd., 1923).
 26. PAULORD. — Traité d'ophtalmologie, 1923.
 27. CHERONNET. — Les secousses nystagmiques dans le syndrome de Basedow. (Thèse Paris, 1914).
 28. CROUZON. — Tremblements. (La pratique neurologique, 1911, p. 834).
 29. KOBY. — (Microscopie de l'œil vivant. Masson, 1924).
 30. DÉJÉRINE. — (Sémiologie des affections du système nerveux. Masson, 1926).
-

Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris
